

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny w Katowicach
40-127 Katowice, pl. Grunwaldzki 8-10
tel. 32/253-24-60, fax 32/253-24-89

Załącznik nr 2 do procedury technicznej nr PT/ 01
„Sposób wykonywania kontroli w ramach zapobiegawczego
i bieżącego nadzoru sanitarnego w tym zapobiegania
i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń”
wydanie z dnia 14.03.2016

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 668.NS.EP.2024

Siemianowice Śląskie, dnia 19.12.2024 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez funkcjonariuszy publicznych:

Izabela Wojtyła – NS/EP, nr upoważnienia 69/2022, 057.7595.2024,
Monikę Terpitz – NS.EP, nr upoważnienia 102/2024, 057.7601.2024.
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych),

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Katowicach
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 416) w związku z art. 67 § 1 oraz art.68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 572).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Centrum Leczenia Oparzeń im. dr Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich
ul. Jana Pawła II 2, 41-100 Siemianowice Śląskie
tel.: 32 22 92 000, e-mail: clo@clo.com.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Centrum Leczenia Oparzeń
ul. Jana Pawła II 2, 41-100 Siemianowice Śląskie
tel.: 32 22 92 000, e-mail: clo@clo.com.pl
działalność szpitali
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Mariusz Nowak - Dyrektor Naczelny
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)

ul. Jana Pawła II 2, 41-100 Siemianowice Śląskie
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: 6431005873 / 272165010 / 8610Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Mariusz Nowak - Dyrektor Naczelny
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

nie dotyczy
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Justyna Glik – Główny Specjalista ds. Epidemiologii i Higieny Szpitalnej, Barbara Nowak – Koordynator Zespołu Utrzymania Czystości
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 19.12.2024 r. godz. 10³⁰,
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: art. 48 ust. 11 pkt 4 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2024 r. poz. 236)
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 19.12.2024 r. godz. 14⁰⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli: ocena stanu sanitarnego oraz przeprowadzenia dochodzenia epidemiologicznego w związku ze zgłoszeniem podejrzenia ogniska epidemicznego
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:
nie dotyczy
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych** – nr i nazwa protokołu/ów*: nie dotyczy
9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku i/lub obrazu*: nie dotyczy
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów: nie dotyczy
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:
 - procedury sanitarne
 - raporty kontroli wewnętrznej
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*: nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr: załącznik nr 1 - 4 z dnia 28.09.2016 r. do instrukcji Nr IR/NS-EP/01 wyd. 3

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli:

Nr KRS 000000013790. Aktualnie w stosunku do kontrolowanego podmiotu nie toczy się postępowanie administracyjne. Brak informacji dotyczących ustaleń pokontrolnych innych kontroli.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego:

W dniu 16.12.2024 r. o godzinie 11⁴⁵ Główny Specjalista ds. Epidemiologii i Higieny Szpitalnej zgłosiła telefonicznie podejrzenie ogniska epidemicznego wywołanego czynnikiem chorobotwórczym *Klebsiella pneumoniae* KPC+ w Oddziale Chirurgii Ogólnej I i Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIT) u hospitalizowanych pacjentów.

Łączna liczba pacjentów zarejestrowanych w ognisku: 3.

Pierwszy pacjent zarejestrowany w ognisku przebywa nadal na Oddziale Chirurgii Ogólnej p. I, pozostałych 2 pacjentów zmarło.

Ilość pacjentów narażonych (stan na dzień kontroli) – 20. Wśród personelu nie wystąpiły objawy choroby.

Kontrolę ww. oddziału oraz dochodzenie epidemiologiczne w związku ze zgłoszeniem ogniska przeprowadzono w dniu 19.12.2024 r.

1. **Pacjent K.D.** 40 lat, przyjęty na Oddział Chirurgii Ogólnej I 17.11.2024 r. z powodu oparzenia termicznego II/III stopień 36% ciała i dróg oddechowych z SOR Szpitala Wojewódzkiego w Piotrkowie Trybunalskim. W dniu przyjęcia na oddział pobrano od pacjenta przesiewowo wymaz z odbytu, nosa i rany, uzyskano wyniki (-) *Klebsiella pneumoniae* KPC. W dniu 08.12.2024 r. pobrano ponownie wymaz z rany (procedura przed operacją) i 10.12.2024r.

otrzymano wynik *Klebsiella pneumoniae* KPC (+). Na podstawie dokumentacji pacjenta ustalono, że nie wystąpiły objawy zachorowania. Ustalono, że pacjent od początku hospitalizacji w przedmiotowym oddziale przebywał sam na sali nr B3.24 (sala 2 osobowa, traktowana jak izolatka).

2. Pacjent W.S. 66 lat, przyjęty na Oddział Chirurgii Ogólnej I 26.11.2024r. z SOR Wojewódzkiego Szpitala we Wrocławiu z powodu oparzenia termicznego II/III stopnia, 28% powierzchni ciała. Pacjent obciążony. W dniu przyjęcia na oddział pobrano od pacjenta przesiewowo wymaz z odbytu, nosa i rany, uzyskano wyniki (-) *Klebsiella pneumoniae* KPC. Pacjent przebywał sam na sali B3.30.

Dnia 12.12.2024r. pacjent przeniesiony na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii z powodu pogarszającego się stanu zdrowia, po amputacji kończyny dolnej, tego samego dnia pobrano wymaz z odbytu, nosa, rany, BAL oraz wykonany został posiew krwi. W dniu 16.12.2024 r. uzyskano wynik *Klebsiella pneumoniae* KPC (+) z wymazu z odbytu. Dnia 18.12.2024r. nastąpił zgon pacjenta z przyczyn nie związanych z ogniskiem.

3. Pacjentka M.S. 74 lata, przyjęta na Oddział Chirurgii Ogólnej I 23.11.2024r z SOR Szpitala w Świeciu z rozpoznaniem oparzenia termicznego 30%, w tym 15% III stopnia ciała, po samopodpaleniu. W dniu przyjęcia na oddział pobrano od pacjentki przesiewowo wymaz z odbytu, nosa i rany, uzyskano wyniki (-) *Klebsiella pneumoniae* KPC. Pacjentka przebywała na sali nr B3.33 z pacjentką, która została wypisana do innego szpitala.

Dnia 11.12.2024 r. pacjentka przeniesiona na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii z powodu pogarszającego się stanu zdrowia, tego samego dnia pobrano wymaz z odbytu, nosa, rany oraz wykonany został posiew krwi. Dnia 11.12.2024 r. nastąpił zgon pacjentki z przyczyn nie związanych z ogniskiem.

W dniu 16.12.2024r. uzyskano wynik *Klebsiella pneumoniae* KPC (+) z wymazu z rany.

Pacjentom z ogniska zostały założone karty rejestracji czynnika alarmowego przez pracownika laboratorium. U wszystkich pacjentów stwierdzono wyłącznie nosicielstwo *Klebsiella pneumoniae* KPC+, nie wykazywali objawów chorobowych związanych ze stwierdzonym czynnikiem alarmowym.

W trakcie kontroli ustalono, że wszyscy pacjenci przyjmowani do OAiIT (z zewnątrz lub z innego oddziału szpitala) poddawani są badaniom przesiewowym - BAL, wymaz z odbytu, nosa, rany oraz wykonany jest posiew krwi.

Skontrolowane pomieszczenia w Oddziale Chirurgii Ogólnej I skontrolowano: salę nr B3.30 i B3.24 (aktualnie izolatka), brudownik, gabinet diagnostyczno-zabiegowy, pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu. Sala B3.24 posiada służę umywalkowo-fartuchową wyposażoną w punkt do higieny rąk ze środkiem do dezynfekcji rąk, stanowisko ze środkami ochrony indywidualnej (maseczki, fartuchy, rękawiczki, czepki). W dniu kontroli wejście do sali izolacyjnej oznaczone zgodnie z obowiązującą procedurą. Stan sanitarno-higieniczny skontrolowanych pomieszczeń prawidłowy.

W trakcie kontroli ustalono: w **Oddziale Chirurgii I** znajduje się 10 pokoi łóżkowych (w tym 1 sala czteroosobowa, 1 sala pięcioosobowa, 1 sala jednoosobowa, 7 sal dwuosobowych); liczba pacjentów hospitalizowanych ogółem – 21, w tym 1 osoba w ognisku epidemicznym. Liczba personelu narażonego ogółem 68 w tym: 18 pielęgniarek, 8 lekarzy, 7 rehabilitantów, 3 opiekunki medyczne, 32 osoby sprząające – personel jest w stałej rotacji, nie ma określonej ilości personelu przeznaczanego do sprzątania ww. oddziału. W dniu kontroli na oddziale przebywało: 6 pielęgniarek, 7 lekarzy, 2 osoby sprząające, 1 opiekunka medyczna, 2 rehabilitantów.

W oddziałach wytwarzane są odpady medyczne o kodzie 18 01 03* i 18 01 04. Odpady 18 01 03* usuwane są do pojemników i worków foliowych koloru czerwonego, 18 01 04 do worków foliowych koloru niebieskiego. Odpady medyczne ze wszystkich miejsc ich wytwarzania są umieszczane dodatkowo w papierowym worku, następnie czasowo gromadzone w zamykanym, opisanym kontenerze w brudowniku. Odpady z sali izolacji są dodatkowo oznakowane - materiał zakaźny. Bielizna pościelowa w oddziale zmieniana jest minimum raz na dobę i w razie potrzeby. Bielizna brudna gromadzona w workach foliowych koloru czarnego, umieszczonych na metalowych stelażach, zbierana bezpośrednio z każdej sali, z sali izolacji na końcu i umieszczana w brudowniku. Worki z sali izolacji opisywane jako „materiał zakaźny”. Bielizna z brudownika oddziału umieszczana w pojemniku twardościennym, zamkniętym, mobilnym i przekazywana do magazynu brudnej bielizny. Zapas bielizny czystej przechowywany jest w wózko-szafce w korytarzu skontrolowanego oddziału.

Do higieny osobistej pacjentów w izolacji stosowane są jednorazowe środki do higieny tj.: myjki, szczoteczki, chusteczki a także miski jednorazowego użycia, po zastosowaniu traktowane jako odpad medyczny zakaźny. Ustalono, że toaleta pacjenta izolowanego tj. kąpiel wykonywana jest przez personel oddziału w pomieszczeniu kąpielowym, na samym końcu po pozostałych pacjentach. Po wszystkich procedurach przy pacjencie izolowanym w pomieszczeniu kąpielowym wykonywana jest fumigacja.

Sprzątaniem pomieszczeń zajmują się pracownicy szpitala tj. Zespół Utrzymania Czystości. W dniu kontroli stwierdzono, że Oddział Chirurgii Ogólnej I posiada 2 wózki do sprzątania tj. ogólny dla oddziału i dla izolatki. Wózki do sprzątania sal izolacyjnych przechowywane są bezpośrednio w salach izolacyjnych. Do opracowywania sal izolacji stosowane jednorazowe nakładki na mopy i ścierki traktowane po użyciu jako odpad medyczny zakaźny. Sprzęt utrzymany czysto, w dobrym stanie technicznym.

Na oddziale stosowany jest sprzęt jednorazowego i wielorazowego użycia. Na oddziale sprzęt wielorazowy po użyciu jest umieszczany w zamkniętym pojemniku, a następnie personel zabezpiecza narzędzia pianką dezynfekcyjną. Tak przygotowane narzędzia są przechowywane w pomieszczeniu „mycie narzędzi” i transportowane są do szpitalnej sterylizatorni.

Stosowane środki dezynfekcyjne: Spirigel Complete, Aniosgel 800, Skinman Soft Protect – do rąk, Octenisept, Braunol – do skóry, Incidin Active, Incidin Foam, Meliseptol, Incidin OxyWipe – do powierzchni, Surfianos Premium – do podłóg, Medicarine, Virkon - do powierzchni skażonej biologicznie, Viruton Pre – do sprzętu wielokrotnego użycia, preparaty z aktualnymi datami ważności, stosowane zgodnie z zaleceniami producenta.

Wszystkie skontrolowane stanowiska higieny rąk dla personelu wyposażone prawidłowo w: umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym do rąk, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użytku, pojemnik na zużyte ręczniki. Ponadto przy wejściu na oddział na ścianach umieszczono dozowniki ze środkiem do dezynfekcji rąk.

W trakcie kontroli oceniono procedury: postępowania w przypadku występowania drobnoustroju „Alert patogen”, postępowanie w przypadku ekspozycji zawodowej na krew lub IPIM, postępowanie w przypadku pacjenta izolowanego (w tym m.in. higiena rąk, postępowanie ze zwłokami, z odpadami medycznymi, ze środkami ochrony osobistej), postępowania w przypadku wykrycia *Klebsiella pneumoniae* KPC oraz plan higieny. Procedury opracowane prawidłowo, dostęp dla personelu w wersji elektronicznej. Personel zapoznany z procedurami, co jest potwierdzone ich podpisami.

W zakładzie przeprowadzana jest nie rzadziej niż co 6 miesięcy kontrola wewnętrzna. Ostatnia kontrola wewnętrzna na Oddziale Chirurgii Ogólnej I i Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii została wykonana w dniu 10.12.2024r. Przedstawiono do wglądu raport z kontroli wewnętrznej, nieprawidłowości nie stwierdzono.

W zakładzie obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu i e-papierosów. Oznaczenia słowne i graficzne umieszczone w widocznym miejscu.. Teren wokół zakładu uporządkowany.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*

nie dotyczy

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

nie dotyczy

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/~~dziennika budowy~~**

2. ~~Wnieiono~~/~~nie wniesiono~~** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesione~~/~~nie naniesiono~~**

.....
(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt. 3 lit. nie nałożono/~~nałożone~~** grzywnę w drodze mandatu karnego na

.....
(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości.....(słownie).....

(nr mandatu karnego)

(podstawa prawna)

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr z dnia wydane przez
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej).
6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**
7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu
nie dotyczy
(imię i nazwisko/adres)
8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach
9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/~~nie zapoznano się~~ **
10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu:
nie dotyczy

GŁÓWNY SPECJALISTA
DS. EPIDEMIOLOGII I HIGIENY SZPITALNEJ
Centrum Leczenia Oparzeń
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich

Justyna Glik
dr hab. n. o. zdr. Justyna Glik

K O O R D Y N A T O R
ZESPOŁU UTRZYMYWANIA CZYSTOŚCI
Centrum Leczenia Oparzeń
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich

Barbara Nowak
Barbara Nowak

Starszy Asystent

Monika Terpiż
mgr Monika Terpiż -

Starszy Asystent

Izabela Wołyńska
mgr Izabela Wołyńska

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczęć imienna/pieczęć podmiotu)

(czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczęć imienna)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 19.12.2024 r.

D Y R E K T O R
CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich

Mariusz Nowak
dr n. med. Mariusz Nowak

CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich
ul-100 Siemianowice Śląskie, ul. Jana Pawła II 2
Tel. 32 735 76 00, FAX 32 735 76 03
Księga rejestrowa 13790
NIP 643-10-05-873 REGON 272165010
-1-

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli** zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie WSSE/PSSE w Katowicach.**

POUCZENIE: W terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu kontroli mogą zostać zgłoszone zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego podmiotu w czasie i miejscu trwania kontroli.

Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

